

## Určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách

### Údaje nezletilého pacienta

Jméno a příjmení:.....Narozen dne:.....

Adresa trvalého pobytu:.....

### Údaje zákonného zástupce(rodíče)

Jméno a příjmení:..... Narozen dne:.....

Kontakt / telefon/mail:.....

**Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého pacienta, určuji v souladu se zákonem o zdravotních službách oprávněnou osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta od níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb.**

### Oprávněná osoba:

(naše razítko)

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Narozen dne:

Současně určuji, že tato osoba **může** – **nemůže** nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace.

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou být sdělovány:

- Osobně
- Telefonicky - pro případ telefonické komunikace je oprávněn lékař sdělit informace pouze, pokud mu bude sděleno zákonným zástupcem zvolené heslo, které je:.....

Současně určuji, že tato osoba **má** – **nemá** právo být přítomna poskytování zdravotní péče pacientovi, pokud to charakter daného výkonu a právní předpisy umožňují.

### Údaje poskytovatele

(kde bylo dítě vyšetřeno)

Název (firma):.....

Adresa zdravotnického zařízení:.....

IČ:.....

Obor poskytovaných zdravotních služeb:.....

V.....Dne:.....

.....  
Podpis zákonného zástupce

Potvrzuji přijetí, zakládám do zdravotní dokumentace nezletilého pacienta.

V.....Dne:.....

.....  
Podpis lékaře